



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**"Necesidades que presentan los familiares de los
pacientes ingresados en las áreas críticas del hospital
de Huaral"**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista

AUTOR

Jessica MELÉNDEZ ESCALANTE

Lima, Perú

2008



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Meléndez J. Necesidades que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas del hospital de Huaral [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2008.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a las personas quienes colaboraron para que este trabajo pueda ser viable y en especial a los familiares quienes a traves de su aporte me permitieron realizar el presente estudio

ÍNDICE GENERAL

INDICE	03
INDICE DE CUADROS Y TABLAS	05
RESUMEN	07
INTRODUCCIÓN	08
CAPITULO I : EL PROBLEMA.	
A. Planteamiento, Delimitación y Origen del problema.	10
B. Formulación del Problema de investigación	11
C. Justificación e Importancia	11
D. Objetivos: General y Específicos.	12
E. Propósito.	12
F. Marco teórico	
F.1 Antecedentes	13
F.2 Base teórica	15
G. Hipótesis.	25
H. Definición Operacional de Términos.	25
I. Operacionalización de Variables.	26
CAPITULO II: MATERIAL Y METODO	
A. Tipo, Nivel y Método.	27
B. Área de Estudio.	27
C. Población y Muestra.	28
D. Técnica e Instrumentos de Recolección de datos (Validez y Confiabilidad)	29
E. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de datos.	30
F. Plan de Análisis e Interpretación de datos.	30
G. Consideraciones Éticas.	30

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION

A.	Presentación, Análisis e Interpretación de Datos	32
-----------	---	-----------

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

a.	Conclusiones	39
b.	Limitaciones	40
c.	Recomendaciones	40

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
-----------------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA.	43
----------------------	-----------

ANEXOS.	45
----------------	-----------

ÍNDICE DE CUADROS Y TABLAS

Cuadro N° 1: Necesidades que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas. Hospital San Juan Bautista de Huaral. Noviembre-Diciembre .Lima-Perú. 2008

Cuadro N° 2: Necesidades de Seguridad y confianza que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas. Hospital San Juan Bautista de Huaral. Noviembre-Diciembre .Lima-Perú. 2008

Cuadro N° 3: Necesidades de información que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas. Hospital San Juan Bautista de Huaral. Noviembre-Diciembre .Lima-Perú. 2008

Cuadro N° 4: Necesidades de accesibilidad y proximidad que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas. Hospital San Juan Bautista de Huaral. Noviembre-Diciembre .Lima-Perú. 2008

Cuadro N° 5: Necesidades de comodidad y confort que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas. Hospital San Juan Bautista de Huaral. Noviembre-Diciembre .Lima-Perú. 2008

Tabla N° 1: Edad del familiar de los pacientes ingresados en las áreas críticas. Hospital San Juan Bautista de Huaral. Noviembre-Diciembre .Lima-Perú. 2008

Tabla N° 2: Grado de instrucción del familiar de los pacientes ingresados en las áreas críticas. Hospital San Juan Bautista de Huaral. Noviembre-Diciembre .Lima-Perú. 2008

Tabla N° 3: Parentesco del familiar de los pacientes ingresados en las áreas críticas. Hospital San Juan Bautista de Huaral. Noviembre-Diciembre .Lima-Perú. 2008

Tabla N° 4: Sexo del familiar de los pacientes ingresados en las áreas críticas. Hospital San Juan Bautista de Huaral. Noviembre-Diciembre .Lima-Perú. 2008

RESUMEN

Tradicionalmente desde años remotos en las unidades de áreas críticas a nivel mundial el centro de toda la atención era solo el paciente el que posee las necesidades y requerimientos; por ello se decía que el enfoque biomédico tradicional estaba orientado solo al paciente y a la enfermedad que padece. Actualmente en el Perú el soporte a la familia es un componente esencial del modelo asistencial centrado en la familia. Por tal motivo es que es de interés estudiar el problema mencionado a continuación ¿Cuáles son las necesidades que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas del Hospital de Huaral? Siendo el objetivo general determinar las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas del Hospital de Huaral. El presente estudio es de tipo descriptivo , estando la muestra constituida por 30 familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas siendo la técnica de encuesta a través de un cuestionario modificado de Molter, aplicado previo consentimiento del familiar durante el mes de noviembre-diciembre 2008, analizándose se concluyo que todos los familiares de los pacientes ingresados en áreas críticas van a presentar necesidades ya sea en mayor o menor porcentaje, evidenciándose en el presente estudio la necesidad de proximidad y accesibilidad la de mayor presencia con un porcentaje de 44.5% del total de encuestados, probablemente esto se deba a que la familia requiere sentirse cerca de la persona que esta a cargo de su familiar o al poco tiempo que disponga el personal. Este resultado nos lleva a enfocarnos más al acercamiento y hacia la factibilidad del acceso de la familia con el personal.

Palabras claves: Necesidades, Familia, Áreas Críticas, Paciente crítico.

INTRODUCCIÓN

El ingreso del paciente en las Áreas Críticas en general somete a los miembros de la familia a una situación difícil. Familia y paciente, separados físicamente de su medio habitual y del apoyo afectivo, sufren y están angustiados. Si se considera a la familia como un núcleo en donde cada miembro que lo integra se interrelaciona, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes.

El personal de enfermería tiene un papel relevante para tratar de satisfacer las necesidades que puedan presentar la familia respecto a la actitud que deben adoptar con el enfermo y animarles a superar los miedos, para poder prestar una estrecha colaboración en los cuidados de aquél. Para el paciente, la participación de la familia en estas actividades supone, en la mayoría de las ocasiones, un alivio de su angustia, sentimientos de impotencia, frustración y ansiedad.

Las familias tienen que compaginar sus sentimientos con la comprensión de explicaciones complejas acerca del curso de la enfermedad, y a veces, se ven en la necesidad de aceptar lo inevitable o de participar en la toma de decisiones comprometidas. Estos conflictos afectivos y emocionales a los que deben enfrentarse no sólo afectan a la salud psíquica del familiar, sino que además condicionan la recuperación física del paciente.

El ambiente hostil de estas áreas, repleto de estímulos nocivos, y el hecho de no considerar a la familia como un componente importante del entorno del paciente generan temor y ansiedad, y se manifiestan en forma de reacciones de agresividad.

El paciente y su familia se encuentran en situación de desesperanza, soledad e impotencia; angustiados por el miedo al futuro y al dolor. Muchas veces estos

sentimientos se ven exacerbados por el alto grado de complejidad técnica que los rodea y la falta de comunicación con el personal sanitario.

Concienciarse de la repercusión psicológica que supone esta problemática obliga a los profesionales de la salud, principalmente a la enfermería, a plantearse un enfoque integral de cuidados del enfermo. Asimismo, incluye, en el ámbito hospitalario, la organización institucional de espacios y tiempos disponibles para que la familia pueda asumir, integrarse y compartir tareas relacionadas con el paciente.

El objetivo del presente trabajo es determinar las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados respecto al entorno asistencial y a la información recibida. Con los resultados obtenidos se pretendía realizar una reflexión crítica por parte de los profesionales sanitarios (médicos, personal de enfermería, etc.) sobre la atención ofrecida a los familiares de los pacientes en la práctica clínica diaria.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A- PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

Tradicionalmente desde años remotos en las unidades de áreas críticas a nivel mundial el centro de toda la atención era solo el paciente el que posee las necesidades y requerimientos; por ello se decía que el enfoque biomédico tradicional estaba orientado solo al paciente y a la enfermedad que padece.

Según revelan algunos estudios de diversos países, frecuentemente en el ambiente de los profesionales sanitarios se concebía y se hablaba de la familia como de un ente molesto y en ocasiones tenían tendencia a la evitación.

Actualmente en España y Latinoamérica la mayoría de las áreas críticas se rigen aun por una política restrictiva limitando a los familiares.

La necesidad de contar con una política menos restrictiva en dichas unidades, fue descrita por primera vez en 1979 por Molter en el CRITICAL CARE Family Needs Inventory y desde entonces a dado lugar a controversias en la mayoría de las UCIs.

Estos cambios muy latinos en su esencia parecen haber sido entendidos hasta cierto punto por los norteamericanos, al punto tal de haberse publicado en la revista medica de cuidados intensivos más prestigiosa del mundo CRITICAL CARE MEDICEN las guías de soporte familiar en unidades de cuidados intensivos.

Actualmente en el Perú el soporte a la familia es un componente esencial del modelo asistencial centrado en la familia. El personal de salud debe ser entrenado en reconocer y satisfacer las necesidades de las familias ante el estrés y las familias deben ser alentadas a participar activamente en el cuidado directo de los pacientes en la medida de lo posible, brindándoles amplia información de como hacerlo.

En la práctica diaria en las Unidad de las áreas críticas del Hospital de Huaral llevamos a cabo multitud de tareas en relación con los familiares de los pacientes ingresados en áreas críticas; observando una serie de opiniones, requerimientos y expectativas y sufrimiento que presentan la familia de los pacientes ingresados en la unidad.

Por tal motivo es que es de interés estudiar el problema mencionado a continuación

B- FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las necesidades que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas del Hospital de Huaral?

C- JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

La nueva visión que hoy se tiene del paciente critico como cliente es que forma parte de un entorno sociofamiliar determinado con deficiencias o carencias por tanto si sabemos que la familia es una parte fundamental de los pacientes y por tanto sus necesidades y participación no nos son ajenas por ello es de vital importancia la identificación de las necesidades que pueda presentar la familia del paciente critico ya que al identificar y conocer estas

necesidades se puedan cubrir y así no se estaría olvidando el cuidado integral del paciente crítico.

D- OBJETIVOS

-OBJETIVO GENERAL: Determinar las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas del Hospital de Huaral.

-OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las necesidades de seguridad y confianza de los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas.
- Identificar las necesidades de información de los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas.
- Identificar las necesidades de proximidad y accesibilidad de los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas.
- Identificar las necesidades de comodidad y confort de los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas.

E- PROPOSITO

El fin de poder identificar las necesidades del familiar del paciente ingresado en las áreas críticas es el poder posterior a su identificación llevar a cabo las intervenciones de enfermería necesarias para reducir o eliminar el problema según los criterios de resultados que nos hayamos propuesto.

F-MARCO TEORICO

F.1- ANTECEDENTES

Kátia Santana Freitas; Miako Kimura; Karine Azevedo São Leão Ferreira. *“Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia Intensiva: análisis comparativo entre hospital público y privado”*, estudio realizado en Brasil en tres UCIs del Municipio de São Paulo -dos de hospitales públicos y uno de hospital privado durante el período de Noviembre de 2004 a Febrero de 2005, con objeto de analizar y comparar las necesidades de los familiares de pacientes adultos internados en UTIs de un hospital público y un privado, respecto al grado de importancia y satisfacción. Se trata de un estudio transversal y comparativo, utilizándose el Inventario de Necesidades y Estresores de Familiares en Terapia Intensiva (INEFTI). No hubo diferencia significativa entre los grupos en la puntuación total de importancia atribuida a las necesidades. El grado de satisfacción fue mayor en el hospital privado con relación al público.

Rosario Villafruela Medina; Angeles Plaza Granja; Carmen Rodríguez Corral; Rosa Calvo Palomino; Raquel Villa Ruiz; Araceli Leal Perez; Esperanza Sanchez Garcia y Juana Gutierrez Gonzalez. *“¿Qué sucede con la familia del paciente ingresado en nuestra U.C.I.?”*-2003. Estudio realizado en Colombia en un hospital general Con el objetivo de conocer opiniones, sentimientos y expectativas y, en base a ello, aplicar las evidencias disponibles. Estudio longitudinal, observacional sobre la situación de la familia de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) se encontró que los familiares, en su mayoría, sufren angustia y depresión, no preocupándose tanto la carencia de información como el tiempo que esperan para obtenerla.

Sic. María Cristina de Albístur, Dr. Juan Carlos Bacigalupo, Dr. Jorge Gerez, Mónica Uzal, Dres. Alejandro Ebeid, Mónica Maciel , Juan José Soto “*La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos*” . estudio realizado durante el año 2000 en Montevideo en un hospital policial . Se estableció como objetivo conocer las opiniones, sentimientos y expectativas de las familias de los pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos y su incidencia en el relacionamiento con la Unidad. Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, observacional, cuantitativo. Se encuestaron 94 familias en el período de un año, Se describieron Los datos mostraron las diferencias entre la realidad objetiva del médico y la subjetiva de la familia, definida por sus miedos y expectativas. Se concluyó que el momento del informe médico a la familia constituye un acto terapéutico y es fundamental para el más adecuado relacionamiento entre la familia y la Unidad. Se realizan sugerencias basadas en la experiencia recabada.

Garcia Navarro S. Fernandez Vasquez M. Cumbreira Diaz EM. Morano Torrezcuza MJ, Alfonso Pérez D. Contreras Pereira I. “*Cuidando a la familia en UCI*”. 2007 Desarrollado en México en el Hospital Juan Ramón Jiménez con el objeto de Aumentar la calidad de los cuidados a los familiares de los pacientes ingresados y Establecer un plan de cuidados estandarizado para los cuidadores principales de nuestros pacientes Según un estudio descriptivo transversal para valorar el grado de satisfacción de los familiares respecto a la información- comunicación dada tras un total de 254 encuestados un 11,5% no se siente con confianza. Consideramos este dato muy importante por nuestros trabajos con los familiares de los pacientes. El 63,7% refiere haber tenido necesidad de más información fuera del horario establecido .

NGrarayalde Fernandez dePinedo, M.A. Margall Coscojuela, Bermejillo Equia, L. Marco Landa I.Safrate Adot “*Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta*

produce en el paciente, familia y enfermeras” realizado en España en el año 2000 Estudio con el objetivo de analizar la relación entre las creencias de las enfermeras y sus actitudes sobre el efecto que la visita abierta produce en los pacientes, familia y enfermeras. Este estudio descriptivo correlacional se ha realizado en una unidad de cuidados intensivos polivalente muestra formada por 46 enfermeras. Se concluye que las creencias de las enfermeras sobre los efectos positivos de la vista abierta se corresponden con las actitudes que ellas adoptan y mayoritariamente están satisfechas con el sistema actual de visitas

F.2- BASE TEORICA

1.-LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O CRITICOS

Una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) es una instalación especial de un hospital que proporciona medicina intensiva. (1)

Las UCI están destinadas al cuidado del paciente crítico y se caracterizan por el uso de la tecnología médica más avanzada y una atención especializada permanente. (2)

Los cuidados básicos son prácticamente los mismos para todos los pacientes. Pero cuando un enfermo presenta un estado crítico, cuando sus funciones vitales son tan inestables que puede empeorar súbitamente, precisa servicios integrales de atención médica y de enfermería de forma permanente y constante, además de equipos e instrumental que aseguren el adecuado control de diagnóstico y tratamiento del paciente.

Cuando una persona presenta un estado crítico, ya sea actual o potencial, requiere la totalidad de conocimientos médicos y de enfermería: observación estricta, atención y control total y preciso, y capacidad de tomar decisiones

irreversibles de forma rápida y correcta, para su supervivencia. Cada detalle es crucial. (3)

2.- LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE AREAS CRÍTICAS

Los Servicios de Cuidados Críticos están experimentando una situación de cambio y renovación muy dinámica. El enfermo de alto riesgo, debe ser el centro y motivación fundamental del quehacer asistencial, investigador y docente de los profesionales que trabajan y desarrollan su labor en esta área asistencial.(4) Los profesionales de enfermería que se dedican al cuidado del enfermo agudo y grave, ya sea con una asistencia puntual o continuada, deben ofrecer una mayor calidad en el cuidado de los pacientes críticamente enfermos y un apoyo inestimable a sus familias.(5)

La enfermera de cuidados intensivos debe desarrollar las funciones de enfermería de manera eficaz y eficiente en una unidad de cuidados intensivos, proporcionando cuidados globales y directos al paciente y familia.(6)

3.- PACIENTE CRITICO

Paciente crítico: se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.(7)

Los pacientes críticos, aunque pueden presentar multitud de problemas físicos como respiratorios, cardiovasculares, gastrointestinales y neurológicos (no siendo excluyentes entre ellos), pueden requerir unos cuidados esencialmente diferentes.(8)

El ingreso de un paciente en un area critica provoca en sus familiares ansiedad y nuevas necesidades derivadas del momento de crisis que experimentan.(9) A

parte del seguimiento médico, se brinda un cuidado integral de la persona que conlleva un abanico muy amplio en cuanto a necesidades básicas relacionadas con la fisiología (respirar con normalidad, comer y beber, eliminar desechos, movimiento y mantenimiento de la postura adecuada, descansar y dormir, mantener una temperatura corporal adecuada), la seguridad (higiene corporal y evitar peligros del entorno), la autoestima (comunicarse, expresar emociones, necesidades, miedos), con la pertenencia grupal (culto a una religión) y con la auto-actualización (trabajar, recrearse y satisfacer su curiosidad). Estas necesidades que son básicas de todo ser humano, debido al problema de salud no pueden satisfacerse. Es entonces, y de una manera más agudizada en pacientes críticos los cuales muestran gran o total dependencia, cuando el personal de enfermería actúa para que todas ellas estén cubiertas.

4.- LA FAMILIA

a) Definición: No podemos dar una definición exacta de familia puesto que cada tipo de familia requiere su propia definición. Aunque si conocemos una definición histórica aplicable a todas las familias. Según la enciclopedia Larousse una familia es "un conjunto de personas de la misma sangre, del mismo linaje, de la misma casa".⁽¹⁰⁾

La familia constituye un elemento fundamental de la persona como tal, puesto que nos formamos en una identidad desde el seno de una familia, lo vivido en el seno de un ambiente familiar ejerce su influencia para la identidad personal de los componentes de ella. ⁽¹¹⁾

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los

usos a los que se destinan los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial.

La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella. Ello indica que la familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea.

Tenemos que destacar que la familia es un importante instrumento educativo ya que ejerce una gran influencia en la formación del ser, así el hombre puede alcanzar su completo desarrollo intelectual, psicológico y físico. En la creación del individuo y su búsqueda del "yo" la familia ejercerá un fuerte impacto.

Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.⁽¹²⁾

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad.

En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse, etc. Además se prodiga amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad.

b) Funciones de la familia; en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y

bienestar. Las funciones de la familia son: función biológica el cual se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana, función educativa que tempranamente se socializa en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc., función económica que se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa, la función solidaria donde se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo, y la función protectora donde se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

c) Origen y evolución histórica; difícil es dar una fecha exacta de cuándo se creó la familia. Ésta, tal como la conocemos hoy, tuvo un desarrollo histórico que se inicia con la horda; la primera, al parecer, forma de vínculo consanguíneo. Con el correr del tiempo, las personas se unen por vínculos de parentesco y forman agrupaciones como las bandas y tribus.

Las actividades de la agricultura obligan contar con muchos brazos, de allí entonces la necesidad de tener muchos hijos e integrar el núcleo familiar a parientes, todos bajo un mismo techo.

Con la industrialización las personas y sus familias se trasladan a las ciudades, se divide y especializa el trabajo, los matrimonios ya no necesitan muchos hijos y económicamente no pueden mantenerlos; surge la familia nuclear o conyugal que contempla al padre, la madre y los hijos.

d) Estructura de la familia: la composición de la familia consta de individuos, cada uno con su estado social y posición reconocidos, que interactúan entre sí con una base regular recurrente, de formas sancionadas socialmente. Cuando gana o pierde miembros por algunos sucesos (matrimonio, divorcio, parto, muerte, abandono) la composición familiar se altera. Tradicionalmente, la estructura familiar se refiere a familias nucleares, sin embargo, la composición

de la familia a variado con una mayor formación de familia adoptiva y de progenitor único.

Familia nuclear o conyugal, consta de marido, esposa e hijos que viven en un hogar común. Esta es la unidad en la que el lazo marital es la principal fuerza de unión. La familia nuclear es el prototipo de las relaciones humanas y de la unidad básica a partir de la cual se forman otras más complejas. En algunos casos puede residir en la casa una o más personas adicionales. Algunas autoridades consideran como familia nuclear a las parejas sin hijos.

Familia de un solo progenitor, ella ha surgido tras los divorcios, muerte, abandono o ilegitimidad. Además la actitud de los tribunales ha posibilitado que los solteros adopten niños.

Familia reconstituida, también denominadas segundas familias, son aquellas en las que uno o los dos adultos tienen en el hogar hijos de un matrimonio anterior.

Familia extensa, se compone de varias familias nucleares vinculadas por relaciones paterno filiales consta de la familia nuclear más los parientes lineales o colaterales (abuelos, hijos, nietos).

e) Vínculos de parentesco

El parentesco es la unión al interior de una familia. Los vínculos que se generan entre sus miembros están dados por tres fuentes de origen ya sea Consanguínea, es decir, el vínculo que existe entre descendientes de un progenitor común (padre, hijos, nietos, bisnietos, tataranietos, etc.), por Afinidad, es el nexo que nace con el matrimonio y las relaciones con los parientes del cónyuge (suegra, nuera, cuñada, etc.) y por Adopción, vínculo que se origina entre el adoptado y los adoptantes.

El parentesco se mide por grados, es decir, el número de generaciones que separa a los parientes, siendo cada generación un grado. Además la serie de grados conforman una línea, vale decir, la serie de parientes que descienden los unos de los otros o de un tronco común.

Hay dos tipos de líneas tanto recta que se compone de una serie de grados que se establecen entre personas que descienden unas de otras como padre-hijo-nieta la línea colateral o transversal que se forma de una serie de grados que se establece entre personas que sin descender unas de otras, tienen un progenitor común como son los tíos, sobrinos, primos etc.

e) Importancia De La Familia; podría decirse con certeza que la familia es para el hombre algo totalmente necesario y por ende, se asume que es la forma que mejor permite al ser humano desenvolverse en la sociedad, puesto que entrega los valores, el apoyo y el cariño básicos para toda persona. El vivir en familia es algo que se tiene completamente asumido; nadie nos pregunta al nacer si lo deseamos o no, sino que simplemente es algo impuesto.

5.- NECESIDADES DE LA FAMILIA

a) Definiciones: es la sensación de carencia de algo unida al deseo de satisfacerla.

J.J. Lambín define la necesidad como un sentimiento de privación respecto a una satisfacción general, vinculada a las necesidades básicas humanas, esta definición cubre la noción de necesidad genérica.⁽¹³⁾

Según Kotler, Philip necesidad es el estado de carencia de algunos satisfactores básicos que siente una persona. Estas necesidades no han sido creadas por la sociedad o por los comerciantes sino que forman parte de la biología y de la condición humana. Las necesidades pueden ser: Físicas: son

las necesidades básicas como vestimenta, alimento, vivienda, abrigo, seguridad, etc. y Sociales: Necesidades de afecto, pertenencia, entre otras

b) Clasificación de las necesidades de la familia del paciente crítico

Todos los seres humanos tienen unas necesidades básicas que se tratan de satisfacer a lo largo de la vida. Estas necesidades abarcan los distintos aspectos del hombre, que son:

Cuando una persona enferma pueden incrementarse sus necesidades. Cuando la enfermedad entra en su fase terminal se intensifican, aún más estas necesidades y generalmente abarcan todas las esferas que constituyen el ser humano. Por ello, es preciso saber identificarlas, ya que de ese modo se podrá dar al enfermo y a su familia la atención específica que su estado requiere en cada momento.

Las necesidades de una familia con un enfermo crítico, vienen determinadas por la presencia de un gran impacto emocional condicionado por la aparición de múltiples temores. Los miedos se derivan, no sólo del hecho de enfrentarse a la muerte de un ser querido, sino de su sufrimiento, de la duda de si serán capaces de cuidarle de forma adecuada, de si tendrán acceso al soporte sanitario, etc.

En una situación límite como es la enfermedad, los conflictos familiares afloran y pueden influir negativamente en el cuidado de la persona enferma. Es importante que en estas situaciones se tenga en cuenta a cada uno de los miembros de la familia.

Muchas de las reacciones emocionales que aparecen en esta fase de la enfermedad son normales, la ansiedad, la tristeza, la rabia, la agresividad, el aislamiento, los sentimientos de culpa, etc. son generadas por la situación que se está viviendo.

Según Molter en su cuestionario para identificar las necesidades de la familia de los pacientes críticos, califica dentro de las necesidades en diversos dominios dentro de los cuales tenemos seguridad o confianza, accesibilidad y proximidad, información y comodidad y confort. Los enfermos pueden presentar una media de doce síntomas físicos y emocionales a la vez, algunos de ellos intensos, y es importante saber que la mayoría pueden ser controlados, mejorando la situación del enfermo y de su familia.

La familia puede colaborar y participar eficazmente en el cuidado del enfermo no sólo en el control de los síntomas, sino también en otros aspectos higiénico - sanitarios como son la alimentación, los cambios posturales y la higiene personal.

Las familias y los enfermos en esta situación pueden presentar diversas reacciones emocionales que pueden dificultar la relación entre los distintos miembros familiares y con el equipo médico que atiende al paciente, de ello radica que se permita el acercamiento entre paciente, familia y personal de salud.

El miedo suele estar presente, a lo largo de todo el proceso, tanto en el enfermo como en la familia y sobre todo puede aparecer en la persona del cuidador principal y debe considerarse como un sentimiento normal. Es importante que la familia solicite apoyo en el equipo siempre que lo necesite.

El tener muchos amigos y familiares no implica contar con el apoyo necesario en cada momento, ya que el recibir o no dicho apoyo es un factor de calidad más que de cantidad. En circunstancias de crisis familiar un apoyo social adecuado puede determinar la superación de la situación estresante.

Hablar con los familiares, orientarle sobre todo lo referente al enfermo y la ayuda que le pueden aportar suele ser un buen argumento para que se decidan a mantener las visitas.

La necesidad de seguridad y confianza en su dimensión es la que nos hace que vayamos más allá de nosotros mismos, es la capacidad de trascendencia, que tengamos esperanza, que pensemos en el futuro, que tengamos consciencia de nuestra propia finitud. Las necesidades de seguridad y confianza son aquellas en donde uno busca su propia seguridad y protección, es decir, lograr un estado de orden, estabilidad y seguridad. (14)

La necesidad de información es un concepto subjetivo, relativo, que se da en la mente del individuo que la experimenta. también ha sido definido como cualquier estímulo que produce incertidumbre . La necesidad de información es como cualquier actividad de un individuo dirigida a identificar un mensaje que satisfaga una necesidad percibida como tal. En otras palabras, la búsqueda de información comienza cuando alguien se da cuenta que el nivel actual de conocimientos que posee es menor del que necesita para afrontar un problema. Sabemos pues que se presentaran dentro de ella la necesidad de información clara, necesidad de información del pronóstico y la necesidad de información del tratamiento todo ello de la mejor manera que pueda interpretarlo la familia o responsable del paciente.(15)

La necesidad de proximidad y accesibilidad se define como el acceso a estar ceca a alguien, el poder llegar o acercarse, el poder encontrar y acercarse a alguien y obtener lo que necesitan.(16) En este caso ante un familiar que ingresa mas aun por la incertidumbre que presentan, ocasionado en ellos la necesidad de proximidad al paciente, al profesional y acceso al ambiente donde se encuentren.

La necesidad de comodidad y confort se define como estado de encontrar las necesidades básicas para la tranquilidad, alivio y trascendencia.() así mismo a la necesidad de alivio al malestar, la necesidad de un estado de tranquilidad y satisfacción, comodidad y confort como cualquier cosa que haga la vida fácil o agradable causando ello fortalecimiento, aliento, ayuda, apoyo, sustento o refresco físico, entre otros. Presentando dentro de ellas la necesidad de comodidad y confort físico que es la sensación de bienestar o tranquilidad física como por ejemplo ningún ocasionante o lesivo que dañe su integridad durante la visita. Así mismo tenemos la necesidad de comodidad y confort ambiental que es la sensación bienestar y tranquilidad en propio entorno como es por ejemplo sentirse cómodo en el ambiente donde recibe la información, sala de espera, otros. Y por último tenemos a la necesidad de comodidad y confort social que es la sensación de bienestar y comodidad con su entorno que los rodea en este caso con el personal de salud que constantemente va a interactuar con la familia.(17)

G- HIPOTESIS

Los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas del hospital de huaral presentan necesidades en todas sus dimensiones.

H- DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

- **NECESIDADES:** es la sensación de carencia o sentimiento de privación de algo unida al deseo de satisfacerla
- **FAMILIA DEL PACIENTE CRÍTICO:** es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción del paciente crítico.
- **AREAS CRÍTICAS:** es el ambiente o lugar donde se brinda atención al paciente que un estado crítico.

I- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

[illegible]

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

A. Tipo ,Nivel y Método :

El presente proyecto de investigación es de tipo cuantitativo porque nos permitirá determinar las Necesidades que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las Áreas Críticas, de nivel básico-aplicativo de corte transversal, porque permitirá obtener información mediante la aplicación del cuestionario de Molter en un determinado periodo de tiempo cuyos resultados servirán de base al profesional de enfermería para mejorar la calidad de de atención de enfermería. A través del método descriptivo se lograra describir Necesidades que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las Áreas Críticas en el grupo de estudio.

B. Area de estudio:

El presente proyecto de investigación será aplicado en el hospital San Juan Bautista de Huaral ubicado en la provincia de Huaral y distrito del mismo de la región Lima. Es un establecimiento de salud de nivel II, donde se brinda atención de salud a la población en general, cuenta con los servicios de emergencia, UCI adultos, neonatología, medicina, pediatría, cirugía, traumatología, ginecología, consultorios externos, programas preventivos promocionales que brinda el MINSA.

El personal de salud esta conformado por médicos generales, especialistas, enfermeros especialistas, generales y con estudios de especialidad en curso, técnicos de enfermería, hepatólogo, laboratorista, tecnólogos, químico farmacéuticos, obstetras, asistentes sociales,

además de internos de enfermería, medicina y practicantes de técnico en enfermería.

Para el área de estudio se eligió las áreas de UCI , Cuidados Intermedios donde laboran 5 enfermos, una jefe de enfermería, 5 técnicos de enfermería cumpliendo un total de 150 horas mensuales en turnos rotativos, 2 médicos intensivistas , 3 médicos internistas. El servicio de UCI cuenta con dos camas así como la unidad de Intermedios que también cuenta con 2 camas, 4 monitores, 4 bombas de secreciones, bombas de infusión, desfibrilador, entre otros equipos. En estas áreas ingresan todos aquellos pacientes en estado crítico con diversas patologías con una estancia variable de 1 día a 1 semana aproximadamente.

C. Población y Muestra:

C.1 Población: la población de estudio será constituido por los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas del Hospital San Juan Bautista de Huaral durante la etapa de recolección de datos a través de la aplicación del respectivo instrumento.

C.2 Muestra: a través de un análisis retrospectivo basado en la información estadística del reporte ingresos a las áreas críticas del Hospital San Juan Bautista de Huaral se tiene un ingreso aproximado de 30 pacientes distribuidos en las diversas áreas críticas (UCI, UCIN), durante un mes, por lo cual se escogerá un familiar por cada paciente ingresado en dichas áreas.

Los criterios de inclusión será un miembro de cada familia que desempeñe el papel habitual de interlocutor con el equipo asistencial, mayor de 18 años, que desee participar, que sepa leer y escribir, que

viva en el domicilio del paciente y de preferencia de primer grado o que este mas cerca o constante del paciente.

Los criterios de exclusión son los pacientes que no reciban visita, analfabetismo, negativa del familiar, menores de edad familiar infrecuente del paciente.

D. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos(validez y confiabilidad):

D.1. Técnica: se utilizara la encuesta

D.2. Instrumento: los datos lo obtendremos a través del cuestionario de Molter modificado “inventario de necesidades de los familiares de pacientes críticos”, modificada para la investigación del tema. Dicho encuesta se distribuirá entre aquellos familiares representantes familiares que cumplan los requisitos. El cuestionario consta de 11 ítems que evaluara las dimensiones de seguridad y confianza, información, proximidad y accesibilidad, comodidad y confort; los cuales serán evaluados por 3 ítems cada uno de ellos a excepción de la dimensión de comodidad y confort que consta con 2 ítems. Los 11 ítems evaluarán si es que se presenta o no en ellos dichas necesidades mencionadas por Molter.

D.3. Validez y confiabilidad del instrumento: El instrumento a utilizar es la encuesta de Molter el cual permite detectar la presencia de necesidades presentes en la familia de los pacientes ingresados en las áreas de cuidados intensivos dicha encuesta ya a sido validada pero se le han hecho algunas modificaciones ajustándolas a nuestra realidad y para adaptarla al presente estudio, se sometió el instrumento al juicio de 8 expertos de los cuales son 2 jefes de las áreas críticas tanto una enfermera y un medico, 4 enfermeros que trabajan en áreas críticas con maestría y/o especialidad en dichas áreas, y dos magíster en psicología,

tomándose en cuenta las observaciones y realizando las modificaciones correspondientes.

E. Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos

Para el recojo de la información requerida se realizó los siguientes pasos: la validez, presentación de solicitud de permiso a la institución dirigida al jefe del área de capacitación donde se aplicó el proyecto de investigación, luego se aplicó el instrumento en los familiares de todos los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas durante el mes de Noviembre del año 2008 del instrumento previo consentimiento de los familiares a cada uno se les brindó un tiempo máximo de 20 minutos para informarles y solucionar alguna duda que tuviera, se contó con el apoyo de los licenciados que laboran en las áreas críticas. Posteriormente se tabuló manualmente los datos obtenidos por cada familiar agrupándolos según los niveles en que se ubican y se vació en las tablas considerando el número y porcentaje, tanto los datos generales como específicos.

F. Plan de análisis e interpretación de datos:

Una vez presentados los resultados en tablas, se analizaron e interpretaron las necesidades que se encuentran presente en los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas, presentados en números y porcentajes en relación al total de la muestra y según la dimensión ya sea de seguridad y confianza, información, proximidad y accesibilidad, comodidad y confort.

G. Consideraciones éticas:

- Permiso de la institución donde se desarrolló el trabajo de investigación.

- Consentimiento informado de los familiares que participaron en la investigación.
- Asegurar el anonimato de la información brindada por el familiar
- Plasmar los resultados obtenidos con veracidad sin realizar ninguna modificación de lo encontrado.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de recolectados los datos estos fueron procesados y presentados en cuadros y tablas estadísticos a fin de realizar los análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Así tenemos que

En cuanto a los datos generales; la edad del familiar del total de encuestados 100%(30), el 13.3%(4) tienen entre 20 y 29 años, el 13.3%(4) entre 30 y 39 años de edad mientras que el 73.4%(22) entre los 40 y 60 años (anexo A); los cuales cuentan con diversos grados de instrucción, el 26.7%(8) tiene estudios superiores, 60%(18) estudios secundarios y 13.3%(4) con nivel primario, (anexo B), según parentesco los familiares encuestados fueron los esposos 3.3%(1) hijos 66.7%(20), padres 6.7%(2), hermanos 3.3%(1), otros (tíos, primos, sobrinos) 20%(6) (anexo c), siendo de los encuestados 76%(23) mujeres y 23.3%(7) varones (anexo D).

CUADRO N°1

Necesidades de Seguridad y confianza que presentan los familiares de
los pacientes ingresados en las áreas críticas
Hospital San Juan Bautista de Huaral
Noviembre-Diciembre
Lima-Peru
2008

Necesidad que presentan los familiares de los pacientes criticos	FAMILIARES				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Necesidad de seguridad y confianza	6	21,1	24	78,9	30	100
Necesidad de información	5	16,7	25	83,3	30	100
Necesidad de proximidad y accesibilidad	14	44,5	16	55,5	30	100
Necesidad de comodidad y confort	3	11,1	27	88,9	30	100

En el cuadro N°1 referente a las necesidades que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas, se puede observar que del total de familiares encuestados que representan el 100%(30), el 21%(6) manifiestan necesidades de seguridad y confianza por otro lado el 16.7%(5) manifiesta necesidad de información resaltando la necesidad de proximidad y accesibilidad que presentan los familiares con un 44.5%(14), y por ultimo que el 11.1%(3) manifiestan necesidad de comodidad y confort. Al respecto se conoce que las necesidades, que son las carencias o ausencia de algo que

puedan presentar los familiares de los pacientes ingresados en áreas críticas pueden ser diversas pero las que mas destacan y se evidencian son las mencionadas, por lo tanto los datos que evidenciamos, teniendo en cuenta la base teórica, podemos deducir que todos los familiares de los pacientes ingresados en áreas críticas van a presentar necesidades ya sea en mayor o menor porcentaje, evidenciándose en el presente estudio la necesidad de proximidad y accesibilidad la de mayor presencia con un porcentaje de 44.5% del total de encuestados.

CUADRO N° 2
Necesidades de Seguridad y confianza que presentan los familiares de
los pacientes ingresados en las áreas críticas
Hospital San Juan Bautista de Huaral
Noviembre-Diciembre
Lima-Perú
2008

NECESIDAD DE SEGURIDAD Y CONFIANZA QUE PRESENTAN LOS FAMILIARES	FAMILIARES				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Calidad de los cuidados	4	13.3	26	86.7	30	100
Interés del equipo	5	16.7	25	83.3	30	100
Confianza de ser avisados	10	33.3	20	66.7	30	100

En el cuadro N°2 referente a las necesidades de seguridad y confianza que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas, se

puede observar que del total de familiares encuestados que representan el 100%(30), 13.3%(4) presentan la necesidad de calidad de cuidados, asimismo el 16.7%(5) manifiestan la necesidad de interés del equipo, mientras que un mayor porcentaje 33.3%(10) presentan la necesidad de tener confianza de ser avisados. Al respecto se conoce que la necesidad de seguridad y confianza que presentan los familiares de los pacientes críticos, es la carencia o ausencia que siente la familia de sentirse protegido por parte del personal de salud. Por lo expuesto se puede concluir que los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas presentan la necesidad de calidad de cuidados, necesidad de interés del equipo y la necesidad de ser avisados ante cualquier evento, aunque no en un gran porcentaje pero refieren dichas necesidades.

CUADRO N° 3

Necesidades de Información que presentan los familiares de
los pacientes ingresados en las áreas críticas
Hospital San Juan Bautista de Huaral
Noviembre-Diciembre
Lima-Perú
2008

Necesidades de Información que presentan los familiares	FAMILIARES				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
comprensible y clara	8	26.7	22	73.3	30	100
Pronostico	5	16.7	25	83.3	30	100
Tratamiento	2	6.7	28	93.3	30	100

En el cuadro N°3 referente a las necesidades de información que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas, se puede observar

que del total de familiares encuestados que representan el 100%(30), el 26.7%(8) manifiestan tener necesidad de información comprensible y clara, mientras que en un menor porcentaje refiere tener la necesidad de información sobre el pronóstico con un 16.7%(5) y necesidad de información del tratamiento en un 6.7%(2). Sabemos pues que la necesidad de información es la carencia o ausencia que siente la familia del paciente crítico de que se le comunique en lo referente a su familia. Por lo expuesto podemos concluir que los familiares presentan tanto necesidad de información clara, necesidad de información del pronóstico y necesidad de información de pronóstico en menor porcentaje.

CUADRO N° 4

Necesidades de Proximidad y accesibilidad que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas

Hospital San Juan Bautista de Huaral

Noviembre-Diciembre

Lima-Peru

2008

Necesidad de Proximidad y Accesibilidad que presentan los familiares	FAMILIARES				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE			
	N°	%	N°	%	N°	%
Profesionales	18	60	12	40	30	100
Ambiente	12	40	18	60	30	100
Paciente	10	33.3	20	66.7	30	100

En el cuadro N° 4 referente a las necesidades de proximidad y accesibilidad que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas, se

puede observar que del total de familiares encuestados que representan el 100%(30), el 60%(18) de los encuestados presentan la necesidad de proximidad y accesibilidad hacia los profesionales de salud, mientras que el porcentaje de necesidad de participación y proximidad al paciente es un promedio de 33.3%(10), que también es elevado en comparación a las demás necesidades presentadas, mientras que la necesidad de proximidad y acceso al ambiente es presentada en un 40%(12).

CUADRO N° 5

Necesidades de Comodidad y confort que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas

Hospital San Juan Bautista de Huaral

Noviembre-Diciembre

Lima-Perú

2008

Necesidad de comodidad y confort que presentan los familiares	FAMILIARES				TOTAL	
	PRESENTE		AUSENTE			
	N°	%	N°	%	N°	%
Físico y personal	5	16.7	25	83.3	30	100
Ambiental	3	10	27	90	30	100
Social	2	6.7	28	93.3	30	100

En el cuadro N° 5, referente a las necesidades de comodidad y confort que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las áreas críticas, se puede observar que del total de familiares encuestados que representan el 100%(30), aproximadamente el 90%(27) no presentan necesidades de comodidad y confort en lo referente a lo mencionado, mientras que solo 16.7%(5) manifiesta la presencia de la necesidad de confort físico y personal,

el 10%(3) refieren la presencia de la necesidad de confort ambiental, y por ultimo el 6.7%(2) presentan la necesidad de confort social.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

- En el presente estudio se puede concluir que de las necesidades mencionadas la mayoría de los familiares encuestados identificaron la necesidad de proximidad y accesibilidad en comparación con las demás necesidades identificadas, probablemente esto se deba a que la familia requiere sentirse cerca de la persona que esta a cargo de su familiar o al poco tiempo que disponga el personal. Este resultado nos lleva a enfocarnos más al acercamiento y hacia la factibilidad del acceso de la familia con el personal.
- En lo referente a la dimensión de la necesidad de seguridad y confianza se concluye que es de mayor manifiesto la presencia de la necesidad de confianza de ser avisados, no en un porcentaje elevado pero si significativo para el estudio.
- En la dimensión de la necesidad de información se puede concluir con que la familia del paciente critico manifiesta que presenta la necesidad de información acerca del tratamiento y pronostico pero no tanto como el de la necesidad de información de información clara, lo que nos lleva a enfocarnos mas en dicha necesidad y no en un porcentaje total al aspecto medico de pronósticos y tratamientos.
- En lo que respecta a la dimensión de la necesidad de proximidad y accesibilidad, se concluye que la necesidad que mayor resalta es la necesidad de accesibilidad a los profesionales de salud, en un porcentaje significativo 60%(18), que conlleva a pensar que la familia

del paciente critico esta enfocada a siempre estar cerca de la persona a cargo de su familiar ya que ello indicara que quizás puedan cubrir , al estar cerca las demás necesidades, evidencia también la contradicción con otros estudios que manifiestan en otras realidades la necesidad de información.

- De lo que respecta a la necesidad de comodidad y confort, se concluye que es una de las necesidades que manifiestan en menor porcentaje los familiares encuestados, pero dentro de ellos el que mayor porcentaje presento fue la necesidad de comodidad física y personal.

B. RECOMENDACIONES

- El trabajo sea aplicado con el 100 % de la población para que de esta manera la muestra no sea alterada, y sea un estudio de relevancia.
- Así mismo que la aplicación del instrumento se aplique durante un periodo mas prolongado de tiempo (mínimo de 6 meses) para poder tener una muestra significativa.

C. LIMITACIONES

- La viabilidad y factibilidad limitada.
- La negación a participar por parte de los familiares de los pacientes críticos, lo que puede trastocar la muestra.
- Tiempo limitado para la aplicación del instrumento.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- (4)D. Urder, Linda; E. Lough Mary. Cuidados Intensivos em Enfermeria. Madrid-España. Editorial Harcourt Brace-2000
- (9)Diaz, Viviana; Madrie, Aurora; Martinez, Ximena. Incorporando a la familia en la UCI. U.P.C. 2001-2002
- (17)Kolkaba N.K. Taxonomia y Estructura para el concepto de confort. OPS-MINSA. Bogota-2003
- (8,11)Long, Barbara; j. Phillips, Wilma. La Enfermera Medico-Quirurgica. 2º Edicion. Editorial Interamericana Mc Graw Hill-1994
- (10)Lexus. Diccionario Enciclopedico. Lima-Peru. Edicion Trébol.Editorial Lexus-2003
- (1)L. Marino, Paul. El Libro de La UCI. España 2º Edicion. Editorial Masson-Williams y Wilkins-2004
- (7)Villa Clara, Mario A. Domínguez Pereira. Algunas consideraciones bioeticas en el paciente critico. Revista cubana de Medicina Intensiva y Emergencia.Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario Milian Castro -2004
- (6)N. Garayalde Fernandez de Pinedo, M.A. Margall Coscojuela, I. Bermejillo Eguia, L. Marco Landa, I. Sarrate ADOT. Creencias y Actitudes de las Enfermeras de Cuidados Intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. ISSN 1130-2399. Volumen 11 N° 3-año 2000

(14,16)NANDA, Diagnosticos de Enfermeria: definiciones y clasificaciones.
Editorial Elsevier-2007

(12)Océano, Diccionario de Medicina Mosby. 5º Edicion . España.Editorial
Océano 2005

(5)Revista Cientifica de Intensivos . La familia del paciente internado en
cuidados intensivos. Volumen 16 nº 03 Diciembre -2000

(15)Rohde N. F. Necesidades de Información. Editorial Advance Orlando-1996

(2,3)Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Facultad de Enfermeria
.Programa de actualizacion y perfeccionamiento.Cuidados Intensivos. Editorial
E-learning-2005

(13)www.todocancer.com/ESP/Informacion+cancer/cuidados+paliativos/NECESIDADES+DE+LA+UNIDAD+FAMILIAR.htm

BIBLIOGRAFIA

- 1) Centro de altos estudios profesionales. Programa de Actualización y Especialización profesional en Servicios de Salud. Cuidados Intensivos en Enfermería. Modulo I-2008
- 2) D. Urder, Linda; E. Lough Mary. Cuidados Intensivos em Enfermeria. Madrid-España. Editorial Harcourt Brace-2000
- 3) Diaz, Viviana; Madrie, Aurora; Martinez, Ximena. Incorporando a la familia en la UCI. U.P.C. 2001-2002
- 4) Garcia Navarro S., Fernadez Vasquez M, Cumbrera Diaz EM, Morano TorrescusaMJ, Alfonso Perez D, Contreras Pereira I. Cuidando a la Família em UCI. Biblioteca Lascasas- 2001
- 5) Kolkaba N.K. Taxonomia y Estructura para el concepto de confort. OPS-MINSA. Bogota-2003
- 6) Krikelas j. Información: pacientes y conceptos. Librería Quartely.-1983
- 7) Long, Barbara; j. Phillips, Wilma. La Enfermera Medico-Quirurgica. 2º Edicion. Editorial Interamericana Mc Graw Hill-1994
- 8) Lexus. Diccionario Enciclopedico. Lima-Peru. Edicion Trébol.Editorial Lexus-2003
- 9) L. Marino, Paul. El Libro de La UCI. España 2º Edicion. Editorial Masson- Williams y Wilkins-2004
- 10) Montse Arboix. El dia a dia en las unidades de cuidados Intensivos. 14º Edicion 2006
- 11) Villa Clara, Mario A. Domínguez Pereira. Algunas consideraciones bioeticas en el paciente critico. Revista cubana de Medicina Intensiva y Emergencia.Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario Milian Castro -2004
- 12) N. Garayalde Fernandez de Pinedo, M.A. Margall Coscojuela, I. Bermejillo Eguia, L. Marco Landa, I. Sarrate ADOT. Creencias y Actitudes de las Enfermeras de Cuidados Intensivos sobre el efecto que

la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. ISSN 1130-2399. Volumen 11 N° 3-año 2000

- 13) NANDA, Diagnosticos de Enfermeria: definiciones y clasificaciones. Editorial Elsevier-2007
- 14) Océano, Diccionario de Medicina Mosby. 5° Edicion . España.Editorial Océano 2005
- 15) Revista Cientifica de Intensivos . La familia del paciente internado en cuidados intensivos. Volumen 16 n° 03 Diciembre -2000
- 16) Rodríguez Borrego, Aurora; Aurea Gutierrez Alejandro; Magallanes Vidal BelenVillafruela Medina Rosario. ¿Qué sucede con la familia del paciente ingresado en nuestra UCI?. Revista Cientifica de Divulgación. Numero 09 . Setiembre-2005
- 17) Rohde N. F. Necesidades de Información. Editorial Advance Orlando-1996
- 18) Universidad Ncional San Luis Gonzaga. Facultad de Enfermeria .Programa de actualizacion y perfeccionamiento.Cuidados Intensivos. Editorial E-learning-2005
- 19) Wilson, t. d. Estructura de información en la investigación de necesidades de información-1996
- 20) http://es.wikipedia.org/wiki/Unidad_de_Cuidados_Intensivos
- 21) <http://kidshealth.org/pageManager.jsp>
- 22) http://www.consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/06/19/153027
- 23) www.bvs.sld.cu/revistas//mie/vol2
- 24) www.todocancer.com/ESP/Informacion+cancer/cuidados+paliativos/NECESIDADES+DE+LA+UNIDAD+FAMILIAR.htm
- 25) <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil>

ANEXOS

ANEXO A

TABLA N° 1

Edad del familiar de los pacientes ingresados en las áreas críticas

Hospital San Juan Bautista de Huaral

Noviembre-Diciembre

Lima-Perú

2008

Edad del familiar de los pacientes ingresados en las áreas críticas	Familiares	
	N°	%
20-29 años	4	13.3
30-39 años	4	13.3
40-60 años	22	73.4
Total	30	100

ANEXO B

TABLA N° 2

Grado de instrucción del familiar de los pacientes ingresados en las áreas críticas

Hospital San Juan Bautista de Huaral

Noviembre-Diciembre

Lima-Perú

2008

Grado de instrucción del familiar de los pacientes ingresados en las áreas críticas	Familiares	
	N°	%
Analfabeto	0	0
Inicial	0	0
Primaria	4	13.3
Secundaria	18	60
Superior	8	26.7
Total	30	100

ANEXO C

TABLA N° 3

Parentesco del familiar de los pacientes ingresados en las áreas críticas
Hospital San Juan Bautista de Huaral
Noviembre-Diciembre
Lima-Perú
2008

Parentesco del familiar de los pacientes ingresados en las áreas críticas	Familiares	
	N°	%
Esposo	1	3.3
Hijos	20	66.7
Padres	2	6.7
Hermano	1	3.3
Otros	6	20
Total	30	100

ANEXO D

TABLA N° 4

Sexo del familiar de los pacientes ingresados en las áreas críticas

Hospital San Juan Bautista de Huaral

Noviembre-Diciembre

Lima-Perú

2008

Sexo del familiar de los pacientes ingresados en las áreas críticas	Familiares	
	N°	%
Femenino	23	76.6
Masculino	07	23.3
Total	30	100

ANEXO E
MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE: Necesidades que presentan los familiares de los pacientes ingresados en las Áreas Críticas

DIMENSIONES	INDICADORES	PREGUNTAS	VALOR FINAL
Seguridad y Confianza	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de los cuidados Interés del equipo Confianza de ser avisados 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Considera de calidad los cuidados que prestamos a su familiar durante su estancia? ¿Considera usted que el personal de salud se preocupa por su familiar? Si hubiera un cambio importante de su familiar ¿cree usted que se le localizaría para informarle? 	Presente
		<ul style="list-style-type: none"> ¿Ha comprendido de forma clara lo que le ha sucedido a su familiar? ¿En la información recibida se ha incluido el pronóstico (nivel de gravedad) de su familiar? ¿Se le ha explicado el tratamiento médico que recibe su familiar? 	
Proximidad o Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales Paciente Participación 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Piensa usted que el personal profesional encargado es accesible? ¿Considera usted que es accesible la visita a sus familiares? ¿Le habría gustado participar en ciertos cuidados hacia su familiar en lo que sea posible? 	Ausente
		<ul style="list-style-type: none"> ¿Cree que son cómodas las instalaciones de las áreas críticas para la visita de los familiares? ¿Le parece que el trato que le han prestado los profesionales de salud es adecuado? 	
Comodidad y Confort	<ul style="list-style-type: none"> Ambiente Buen trato 		

ANEXO F

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

El instrumento a utilizar es la encuesta de Molter el cual permite detectar la presencia de necesidades presentes en la familia de los pacientes ingresados en las áreas de cuidados intensivos dicha encuesta ya a sido validada pero se le han hecho algunas modificaciones ajustándolas a nuestra realidad y para adaptarla al presente estudio, se sometió el instrumento al juicio de 8 expertos de los cuales son 2 jefes de las áreas críticas tanto una enfermera y un medico, 4 enfermeros que trabajan en áreas críticas con maestría y 7o especialidad en dichas áreas, y dos magíster en psicología, tomándose en cuenta las observaciones y realizando las modificaciones correspondientes.

ITEMS	Nº DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035

ANEXO G

CUESTIONARIO

NECESIDADES QUE PRESENTAN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LAS AREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL DE HUARAL-2008

Introducción: estimados señores el presente cuestionario tiene como fin conocer lo que usted siente como familiar ante el ingreso de un familiar a un área crítica de nuestro hospital, el cual nos permitirá mejorar la atención que prestamos a los familiares de los pacientes ingresados, por lo cual le agradecemos que respondan a este cuestionario que es anónimo y voluntario. Reciba nuestro agradecimiento por anticipado.

Instrucciones: lea atentamente cada una de las preguntas que se presentan a continuación y marque con una X la respuesta que usted crea conveniente.

A) Datos Generales:

1.- Área en que se ubica su familiar:

- ☐ UCI
☐ UCIN
☐ UNIDAD DE
INTERMEDIOS

2.- Edad:

3.- Sexo: F ☐ M ☐

3.- Grado de

instrucción:

- ☐ Sin estudio
☐ Inicial
☐ Primaria
☐ Secundaria
☐ Superior

4.- Parentesco:

<input type="checkbox"/>	Esposo
<input type="checkbox"/>	Hijo
<input type="checkbox"/>	Madre
<input type="checkbox"/>	Padre
<input type="checkbox"/>	Hermano
<input type="checkbox"/>	Otro
<input type="checkbox"/>	especifique.....

B). Datos Específicos

1.- ¿Considera adecuada la atención que se presta a su familiar durante su estancia?

SI ☐ NO ☐

2.- ¿Considera usted que el personal de enfermería se preocupa por su familiar?

SI ☐ NO ☐

3.- ¿cree usted que si hubiera un cambio importante en el estado de salud de su familiar se le localizaría para informarle?

SI ☐ NO ☐

4.- ¿Ha comprendido de forma clara el motivo por el que su familiar a ingresado a un área crítica?

SI ☐ NO ☐

5.- ¿Se le ha informado acerca del tratamiento medico que recibe su familiar?

SI ☐ NO ☐

6.- ¿En la información recibida por parte del medico se ha incluido el pronostico de su familiar?

SI ☐ NO ☐

7.- ¿Le resulto fácil acercarse a hablar con el personal de enfermería cuando lo necesito?

SI ☐ NO ☐

8.- ¿Se le permite a usted visitar a su familiar durante un horario dispuesto por el servicio?

SI

☐

NO

☐

9.- ¿Le gustaría participar en ciertos cuidados hacia su familiar en lo que sea posible?

SI

☐

NO

☐

10.- ¿Cree que son cómodas las instalaciones de las áreas críticas para la visita de los familiares?

SI

☐

NO

☐

11.- ¿Considera usted que el trato que le presta el personal al familiar del paciente es adecuado?

SI

☐

NO

☐

12.- ¿considera usted que el área donde se imparte el informe medico es cómoda?

SI

☐

NO

☐